

L'OSPEDALE A MISURA DI DONNA ASPETTI ERGONOMICI

Fubini E.

*Università di Torino
Dipartimento di Biologia Animale e dell'Uomo*

INTRODUZIONE

L'Ergonomia ha come oggetto l'attività umana in relazione alle condizioni ambientali, strumentali e organizzative in cui si svolge. Il fine è l'adattamento di tali condizioni alle esigenze della persona, in rapporto alle sue caratteristiche e alle sue attività.

Nata per studiare e far rispettare nella progettazione una serie di norme che tutelano la vita del lavoratore e accrescono l'efficienza e l'affidabilità dei sistemi uomo-macchina, l'ergonomia ha allargato il proprio campo di applicazione in funzione dei cambiamenti che sono sopravvenuti nella domanda di salute e di benessere. A partire dalla fine degli anni '70, gli interventi ergonomici hanno, infatti, incominciato a riguardare non solo i sistemi di lavoro, ma anche quelli di vita, trovando applicazione in settori sempre più vasti e differenziati.

In ambito sanitario la ricerca ergonomica, sviluppatasi inizialmente nell'ambito della medicina del lavoro, a partire dagli anni '80 si è orientata verso l'ambiente ospedaliero. È soprattutto in Francia che si è intuita la presenza di una domanda di analisi delle condizioni di lavoro negli ospedali proveniente da tre diverse fonti: i degenti, il personale sanitario e le direzioni

ospedaliere (Pottier e Estryn-Béhar, 1980). Inizialmente gli studi si sono concentrati sul carico di lavoro fisico e mentale del personale infermieristico e sull'applicazione di criteri partecipativi per la riprogettazione delle attività sanitarie. Più recentemente gli interventi hanno coinvolto gli aspetti architettonici e hanno iniziato ad analizzare la ricaduta che l'ottimizzazione degli spazi può avere sugli esiti delle cure (Estryn-Béhar, 1996). In uno studio svedese si sono confrontati due gruppi di pazienti di chirurgia cardiaca: uno che dalle finestre della camera di degenza poteva vedere alberi e spazi verdi ed uno che vedeva soltanto una parete di mattoni (Ulrich, 1994, 1995a,b). I pazienti del primo gruppo hanno avuto mediamente un'ospedalizzazione più breve dell'8%, si sono alzati prima e hanno assunto dosi significativamente minori di analgici, oltre al fatto più scontato di essere stati più soddisfatti.

Da uno studio eseguito all'Università di Stanford emerge che le donne ospedalizzate per cancro al seno in fase terminale vivono mediamente di più se hanno un intenso supporto sociale e possono gestirsi la loro stanza.

È comunque sempre importante garantire al paziente la possibilità di controllare l'ambiente di degenza, di regolare l'illuminazione, il rumore,

le emissioni televisive e musicali, la temperatura, l'inclinazione del letto ecc. (Orr, 1995).

LA PROGETTAZIONE “USER CENTRED”

Il progetto di sistemi complessi, come un ospedale per le donne, può avvalersi utilmente di metodi di progettazione centrati sugli utenti attraverso il coinvolgimento di tutte le tipologie di soggetti che si interfacciano con il sistema ospedaliero (personale sanitario, fruitici, parenti delle fruitrici). Il coinvolgimento degli utenti nel processo di sviluppo non solo consente di migliorare l'usabilità del sistema ospedaliero, ma incrementa anche la probabilità di accettazione delle nuove soluzioni che verranno implementate. Se, ad esempio, si decide di riorganizzare un reparto sviluppando un nuovo modello organizzativo e/o modificando l'organizzazione degli spazi e/o acquistando nuove attrezzature, è assai opportuno coinvolgere tutta la popolazione degli utenti interessati analizzando i vari tipi di compiti che i diversi utenti devono svolgere. Il personale ospedaliero può essere direttamente coinvolto nel processo di sviluppo attraverso la creazione di meccanismi di tipo partecipativo, mentre per quanto riguarda le fruitrici o i loro parenti, ci si può basare su campioni scelti in modo significativo. Per effettuare questo tipo di scelta occorre considerare quali sono gli aspetti individuali che possono essere rilevanti ai fini dell'interfacciarsi con il sistema ospedaliero: ad esempio, le condizioni di salute della donna, l'età, la cultura, aspetto quest'ultimo estremamente importante in tempi in cui assistiamo a una crescente presenza di pazienti provenienti da paesi culturalmente assai distanti dal nostro.

È essenziale che i vari tipi di utenti vengano coinvolti in tutte le diverse fasi di sviluppo del progetto, per identificare i requisiti ritenuti più rilevanti per loro e per i loro compiti, in modo da includerli nelle specifiche ed ottenere poi un feedback attraverso la sperimentazione delle soluzioni progettuali proposte.

La progettazione centrata sugli utenti richiede generalmente competenze presenti in gruppi multidisciplinari che devono cercare di capire e specificare sia i contesti d'uso, la natura degli utenti, i loro obiettivi, i loro compiti e l'ambiente operativo, sia le esigenze del tipo di lavoro, degli utenti e dell'organizzazione, in modo da realizzare soluzioni che le soddisfino.

In particolare, nel caso di un ospedale a misura di donna, in cui, accanto alle fruitrici, sono presenti anche molti operatori di sesso femminile, si devono tenere in considerazione non solo gli specifici contesti (gravidanza/parto, medicina della riproduzione, oncologia ginecologica, ecc.) in cui le donne accedono ai servizi offerti o li forniscono, ma anche le peculiari esigenze di tipo fisiologico, psicologico e culturale dell'utenza femminile. Tra queste la privacy ha certamente un ruolo rilevante.

Le esigenze delle utenti possono venire espresse attraverso gruppi di rappresentanza, come le associazioni delle pazienti oncologiche, attraverso gruppi informali di donne che hanno fruito di servizi dell'ospedale (ad esempio, i corsi di preparazione al parto), attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ecc. Occorre comunque sempre verificare che tali gruppi siano effettivamente in grado di esplicitare tutte le possibili richieste delle categorie che essi rappresentano.

La progettazione ospedaliera “user-centred” può essere applicata sia agli aspetti organizzativi dei servizi, sia alla progettazione architettonica degli spazi, sia agli arredi e alle attrezzature, sia agli aspetti di confort ambientale, sia alla comunicazione.

Dal punto di vista ergonomico l'interazione della donna con la struttura ospedaliera deve ovviamente considerare i processi che garantiscono esiti favorevoli in termini di salute, ma deve anche prendere in esame tutto il contesto con cui la donna deve interfacciarsi, contesto che è costituito dagli ambienti, dalle apparecchiature, dal personale sanitario, dalle altre fruitrici e dai visitatori. È ovvio che chi entra in ospedale ha soprattutto esigenze inerenti la propria salute,

ma, al fine del suo benessere, desidera anche poter interagire con l'ospedale stesso (ambienti, servizi, persone) nel modo più facile e gradevole possibile.

Uno strumento che può rivelarsi utile per ottimizzare il layout di un ospedale per le donne è la tecnica della link analysis, che si basa sull'analisi della frequenza e dell'importanza dei legami tra le singole aree funzionali.

La link analysis (Kirwan, 1992) consiste essenzialmente nella registrazione sistematica dei movimenti, delle comunicazioni o delle interazioni che avvengono tra gli individui e tra gli individui ed i sistemi. La frequenza e l'importanza dei link si possono rappresentare rispettivamente con gli:

- schemi di associazione tra le attività (Association Chart) in cui si registrano i flussi delle persone da una zona di attività ad un'altra in un determinato intervallo di tempo (giorno, settimana o mese);
- schemi di relazione tra le attività (Activity Relationship Chart), in cui si valuta l'opportunità che alcune aree di attività stiano vicine o siano invece separate tra loro.

Un esempio di schema di associazione tra le attività, riferito ad un ambito ospedaliero è illustrato nella Figura 1, in cui, nelle diverse caselle, sono riportati i movimenti osservati in un intervallo di tempo significativo tra le diverse aree prese in esame.

Nella Figura 2 si può invece vedere un esempio

di schema di relazione tra le attività riferito ad un ambito di tipo industriale.

Si può applicare questo tipo di tecnica ad un reparto di un ospedale per le donne partendo dall'analisi dei diversi ambienti che lo costituiscono ed analizzando quanti movimenti vengono effettuati tra questi da parte delle diverse tipologie di utenti. Ri-progettando il layout complessivo del reparto, si dovrà ovviamente cercare di mettere vicini gli ambienti tra cui avvengono più movimenti sia da parte del personale sanitario che delle fruitrici, ma si dovrà anche tener conto dell'opportunità di separare le zone dedicate a servizi profondamente diversi, in modo da garantire la tutela della diversità delle singole esperienze vissute dalle donne.

Altre tecniche che permettono di analizzare le esigenze delle fruitrici sono basate sull'osservazione dei loro comportamenti e sulle strategie da loro applicate per interfacciarsi con l'ospedale. Altre sono invece finalizzate all'attivo coinvolgimento delle utenti tramite focus group e interviste più o meno strutturate, da cui è possibile ricavare informazioni sia sui loro problemi, sia sulle attese in termini non solo di livelli adeguati di assistenza, ma anche di tutela della diversità delle esperienze emozionali della singola donna.

Il tipo di approccio si basa sempre sulla centralità della donna, che diventa attrice del processo di riprogettazione del sistema ospedale. Tale processo dovrebbe garantire la risposta non solo

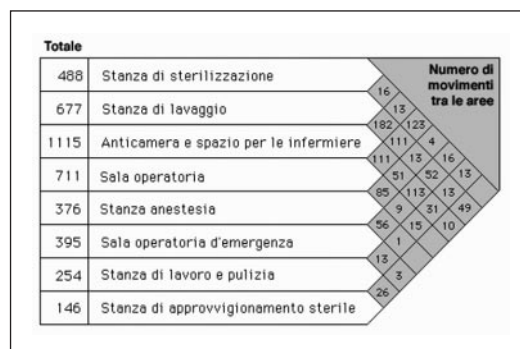


Fig. 1

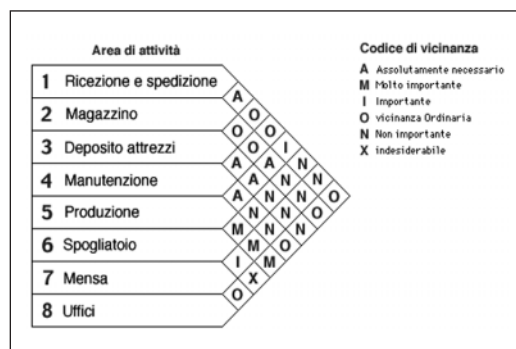


Fig. 2

a tutte le esigenze di funzionalità richieste dallo svolgimento delle attività di tipo sanitario, ma

anche alla variabilità dei bisogni fisico-percettivi, psicologici e relazionali delle singole donne.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ESTRYN-BÉHAR M.: *Ergonomie hospitalière: théorie et pratique*. Editions ESTEM, ISBN 2-909455-46-7, 1996.
- 2) KIRWAN B., AINSWORTH L.K.: *A Guide to Task Analysis*. Taylor & Francis, London, 1992.
- 3) ORR R.: *La participation de la famille à la guérison du patient, la formation du personnel soignant, l'expérience du soin centré sur le patient*. Communication au Colloque Une nouvelle vision de l'unité de soins, stratégies américaines et européennes. Archimed. Centre européen pour le génie hospitalier, 85 rue du Chevaleret, 75013 Paris, 1995.
- 4) POTTIER M., ESTRYN-BÉHAR M.: *L'ergonomie en milieu hospitalier*. Le Travail Humain, 1980; 43.1: 121-153.
- 5) ULRICH R.S.: *View through a window may influence recovery from surgery*. Science, 1994; 224: 420-21.
- 6) ULRICH R.S.: *La recherche scientifique appliquée au concept du "design thérapeutique"*, Communication au Colloque Une nouvelle vision de l'unité de soins, stratégies américaines et européennes. Archimed. Centre européen pour le génie hospitalier, 85 rue du Chevaleret, 1995a; 75013 Paris.
- 7) ULRICH R.S.: *Effects of health care interior design on wellness: theory and recent scientific research*. In: Marberry S.O. Ed. Innovations in healthcare design, New York, Van Nostrand Reinhold, 1995b; 88-104.
- 8) www.societadiergonomia.it.